# DE LA CURE RADICALE DES HERNIES.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 26 MAI 1837;

PAR P. BASSOT,

DE MARCIGNY (Département de Saône-et-Loire);

*Chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et de l'Hospice de la Maternité de la même ville.*



Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Homines ad Deos nullâ re propiùs accedunt, quàm hominibus salutem dando.
Cic.

MONTPELLIER,
IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, N° 3.
1837.

# A MON PÈRE

*ET*

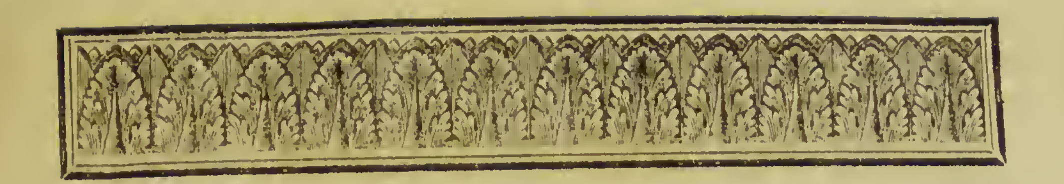
# A MA MÈRE.

*Chaque jour de ma vie vous prouvera que mon cœur est aussi inépuisable de reconnaissance et d'amour que le vôtre de sacrifices.*

# A MES FRÈRES.

*Amitié inaltérable.*

P. BASSOT.



DE

# LA CURE RADICALE

## DES HERNIES.

LA cure radicale des hernies était fréquemment tentée par les anciens chirurgiens ; l'opération de la hernie étranglée leur était, au contraire, tout-à-fait inconnue, jusqu'à P. Franco et A. Paré. Celse est peut-être le seul auteur qui en ait parlé, et encore ce ne fut que pour la proscrire. « *Scapellum adhiberi sine pernicie, non posse manifestum est,* dit-il, *levandum tantùmmodò malum, et per alias curationes extrahendum.* » Combien les choses n'ont-elles pas changé depuis le siècle dernier, c'est-à-dire depuis que la chirurgie, s'appuyant sur des connaissances exactes en anatomie normale et pathologique, s'est élevée à ce degré de précision, je dirai presque de perfection où nous la voyons aujourd'hui? En même temps que, par des dissections nombreuses, on apprenait à reconnaître quelles étaient les causes et la nature de l'étranglement, et que l'opération

nécessitée par ce terrible accident devenait classique, on abandonnait et proscrivait les opérations tentées pour la cure radicale. Comment expliquer ce fait en apparence si extraordinaire? Nous demanderons-nous si ce n'est pas là simplement un de ces caprices singuliers dont l'histoire de l'art offre tant d'exemples, et qui ont fait tomber dans l'oubli des méthodes utiles, exhumées plus tard avec tous les honneurs de la nouveauté? N'en trouvons-nous pas naturellement la cause dans les progrès rapides de l'anatomie, qui a montré l'insuffisance et les dangers des opérations pratiquées par les anciens chirurgiens, opérations dont la barbarie ne pouvait d'ailleurs que révolter les chirurgiens de notre époque? On a compris que, dans l'état actuel de la science, de semblables opérations ne pouvaient plus être pratiquées ; mais n'ayant pu jusqu'à ce jour leur en substituer d'autres plus en harmonie avec nos connaissances, on s'est consolé par le perfectionnement des bandages; c'est pourquoi le traitement palliatif a été, depuis le dernier siècle, le seul conseillé et pratiqué par les maîtres de l'art.

Si pourtant l'on considère que la maladie qui nous occupe est une des plus fréquentes, qu'elle attaque indistinctement tous les âges, tous les sexes, toutes les conditions, qu'elle est regardée dans le monde comme une infirmité dégoûtante; enfin, qu'elle expose à une des opérations les plus graves et les plus délicates de la chirurgie, on conviendra sans peine que trouver un moyen d'obtenir la cure radicale sans exposer les jours des malades, ce serait rendre à la science et à l'humanité un immense service. Ce moyen si désiré, deux chirurgiens modernes croient l'avoir trouvé. A Paris, M. Gerdy, à Lyon, M. Bonnet, ont tenté, par des procédés différents, la cure radicale des hernies, et tous deux comptent déjà un nombre de succès assez considérable.

Convaincu des avantages de la méthode de M. Bonnet, témoin de son innocuité, et des succès brillants et *durables* qu'elle a obtenus, c'est elle que je décrirai plus spécialement. Mais auparavant je pense qu'il est convenable de rappeler les différentes méthodes qui ont été successivement employées dans le traitement de la maladie qui va nous occuper.

Je devrais peut-être exposer d'abord les idées des anciens sur l'anatomie du scrotum et le mécanisme des hernies ; toutefois je m'en abstiendrai, n'ayant pas la prétention de faire l'histoire de la science sur ce point. Mon but n'est que d'indiquer sommairement les opérations qu'ils pratiquaient.

Tous les procédés imaginés pour obtenir la cure radicale, peuvent se partager en deux classes. La première comprendra les applications extérieures, le repos et le régime ; la deuxième comprendra les opérations manuelles.

Aëtius conseille l'emploi d'un bandage porté constamment, et des applications topiques dont il donne un bon nombre de formules très-compliquées tirées de différents auteurs, et formées d'un assemblage informe de substances douées de propriétés différentes, mais dont la plupart sont astringentes. Ainsi on rencontre principalement la grande consoude, le fruit du grenadier sauvage, etc., etc. Guy de Chauliac donne la formule du fameux emplâtre *contrà rupturam ;* c'est l'exemple le plus curieux que je connaisse de la pharmacopée de ce temps-là. C'est encore le même auteur qui le premier a parlé du remède de la limaille de fer avec l'aimant, et qui, dit-il, lui a été révélé, *en grand secret, par un grand personnage.* Nous n'en finirions pas si nous voulions rapporter tous les arcanes inventés par une foule de charlatans ignorants ou cupides.

Dès la plus haute antiquité, on a eu recours à des moyens chirurgicaux pour obtenir la cure radicale des hernies. Les principaux étaient : la cautérisation avec le fer rouge ou les caustiques, la ligature du sac, l'incision et la castration.

L'idée barbare de cautériser dans les cas de hernies remonte très-haut, puisque Aëtius et Paul d'Egine en font mention. Voici comment on y procédait : après un temps convenable, employé à faire observer la diète au malade et à le purger, on le met dans une situation verticale; on le fait tousser, pour forcer l'intestin à s'avancer dans l'aine le plus qu'il est possible; on marque avec de l'encre la circonférence de la tumeur formée par l'intestin. Alors, le malade étant couché sur le dos, il faut faire rentrer doucement l'intestin dans

le ventre, et appliquer un fer rouge sur l'étendue de la ligne qu'on a tracée avec l'encre. L'emploi du feu fut très-répandu parmi les Arabes et leurs successeurs; mais tous les chirurgiens ne l'employaient pas de la même manière. Le seul point peut-être sur lequel ils soient d'accord, c'est que l'exfoliation de l'os est une partie nécessaire de l'opération. « *Et scias quod quandò tu non consequeris os cum cauterio,* » *non confert operatio tua* », dit Albucasis. Lanfranc parle aussi de cette cautérisation jusqu'à l'os : il la pratiquait avec un couteau courbe rougi à blanc; et pour faciliter la sortie du pus, et quelquefois même du testicule qui se gangrène s'il ne s'atrophie pas, il faisait une contre-ouverture à la partie inférieure. Cette méthode a été employée pendant fort long-temps. Dans la suite, pour éviter l'incertitude où se trouve l'opérateur sur l'étendue ou la profondeur de l'escarre, et aussi pour éviter au malade les douleurs aiguës causées par l'ustion de la peau avec un fer rouge, on y a substitué les escarrotiques. Guy de Chauliac parle de cette méthode, à laquelle il a dû plusieurs succès, sans compter trente cas de guérison obtenus sous ses yeux par M. Pierre, chirurgien du temps. A tous les caustiques, Guy préfère l'arsenic; cependant il prévient que son emploi doit être surveillé avec grand soin, et que la prudence exige de combiner son action avec celle des narcotiques (opium, jus de morelles, etc.), afin d'éviter les accidents. Pour mettre en usage cette méthode, le patient, ayant été purgé et préparé, est couché à la renverse, l'aine préalablement rasée; on remonte le testicule le plus haut possible sur l'aine, et on marque l'entour avec de l'encre; puis, le remettant dans sa bourse, on applique sur le point marqué, gros comme une petite châtaigne, d'un caustique fait de chaux vive et de savon mou délayé dans de la salive. L'action de ce composé est d'ailleurs limitée par un cercle de toile agglutinative. Le lendemain, on fait au centre de l'escarre une ouverture de la grandeur d'un grain de seigle, dans laquelle on introduit « un demi-grain de froment et de l'arsenic en poudre réprimé avec des sucs ou de l'opium autant que d'arsenic. » On recouvre le tout de charpie et de compresses imbibées d'eau vinaigrée. On renouvelle cette opération tous les trois jours, jusqu'à

ce que les tissus qui recouvrent le didyme et le didyme lui-même soient détruits. La plaie est traitée comme d'habitude. A. Paré conseille l'emploi de la potasse caustique.

Le simple exposé d'une de ces méthodes fait, comme le dit Pott, souffrir tout homme qui a des sentiments d'humanité. Il serait inutile, d'ailleurs, d'insister sur les dangers de la cautérisation. Les chirurgiens qui l'ont employée nous apprennent eux-mêmes que ce n'était jamais sans inquiétude, et que son emploi était souvent suivi d'accidents redoutables et mortels. Quelques-uns même se récrient sur l'odieuse avidité des médecins qui mettent un peu d'or en balance avec la vie des malades, et ne craignent pas d'employer des moyens aussi dangereux. Il est incontestable qu'on peut, par cette méthode, obtenir une régénéréscence de chairs telle qu'elles s'opposent, par leur solidité et leur connexion avec l'os et les parties adjacentes, à une nouvelle descente de l'intestin ou de l'épiploon; mais, quelque succès que l'on puisse en espérer, c'est une méthode qui doit être à jamais bannie de la science.

La ligature du sac consistait, après que les téguments avaient été incisés, à passer autour du sac, en y comprenant le cordon spermatique, une aiguille garnie d'un fil d'or ou de plomb dont on tordait les extrémités pour étreindre les parties: c'est ce qu'on nommait le point doré. On retranchait ensuite les bouts excédants du fil, et on refermait la plaie par-dessus.

Si le fil d'or ou tout autre qu'il fallait passer autour du cordon spermatique n'était pas assez serré, il ne pouvait pas empêcher à l'intestin de descendre; et l'opération, quoique difficile et dangereuse, devenait absolument inutile. Au contraire, s'il était serré, il empêchait la circulation du sang dans les vaisseaux spermatiques, opérait même quelquefois la section du cordon, et l'atrophie du testicule s'ensuivait inévitablement.

Déjà, du temps de Rousset, la ligature se pratiquait d'une manière plus rationnelle, en n'y comprenant que le sac herniaire, dont le cordon testiculaire était soigneusement écarté. On commençait par inciser les téguments dans toute la longueur de la hernie; puis,

soulevant avec les doigts le sac herniaire, on l'examinait avec soin pour reconnaître le lieu qu'occupent les vaisseaux spermatiques; on le traversait ensuite avec une aiguille garnie d'un cordon de fil, et l'on n'étreignait pas les vaisseaux spermatiques dans l'anse de la ligature. Cette opération est la même que celle que Heister attribue à Freytag, chirurgien de Zurich, et qui, dans ces derniers temps, a été reproduite par Senff et Schmücker, qui l'ont beaucoup vantée.

On peut faire à cette méthode un reproche fondamental : c'est que, dans les hernies inguinales, surtout lorsqu'elles sont anciennes, il est impossible de séparer du sac herniaire le cordon des vaisseaux spermatiques.

La suture royale ne porte point atteinte aux vaisseaux spermatiques, et ne compromet pas les organes de la virilité. Elle consiste à inciser les téguments sur toute la longueur de la tumeur, et à coudre le sac à surjet ou à points passés, en épargnant les vaisseaux spermatiques. Cette opération, suivant Boyer, n'a peut-être jamais été pratiquée.

La castration, comme moyen de guérir radicalement les hernies, est une barbare mutilation qui n'a jamais joui d'une grande faveur auprès des chirurgiens instruits. Du temps de J. de Vigo, elle était abandonnée aux chirurgiens ambulants (*vagabundis et peregrinantibus chirurgis*), qui allaient de ville en ville pratiquer la castration, la taille et la cataracte. A. Paré s'élève avec force contre les *chastreux*, dont il flétrit la honteuse cupidité, et rejette avec indignation les cruelles manœuvres. Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur une opération qui, même dans le moyen-âge, a trouvé d'énergiques adversaires, et qui, au commencement du 18$^{me}$ siècle (1710, 1735), fut punie par les magistrats, comme on le voit dans l'histoire de l'Académie de chirurgie. Qui ne sait, d'ailleurs, que des individus, affectés de hernie et de sarcocèle, n'ont pas été guéris de la première de ces affections par l'amputation du testicule? Et, lors même qu'elle réussirait, on ne devrait pas l'employer, puisque la guérison d'une hernie ne saurait jamais compenser la perte d'un testicule.

Après avoir examiné rapidement les méthodes anciennes, et re-

connu que toutes sont inefficaces ou dangereuses, il reste bien démontré que, si les chirurgiens modernes veulent trouver un moyen de guérir radicalement les hernies, ils ne doivent pas exhumer les souvenirs du passé, mais bien marcher dans une route nouvelle, plus en harmonie avec l'état actuel de nos connaissances. C'est ce qu'ils ont parfaitement senti. Aussi verrons-nous bientôt que tous les procédés qu'ils ont imaginés diffèrent essentiellement des anciens.

Le premier dont nous parlerons est celui de M. Belmas. Quoique le succès n'ait pas répondu à l'attente de son auteur, nous ne croyons pas pouvoir nous dispenser d'en donner la description. Ce procédé, auquel M. Belmas a été conduit par des expériences sur l'inflammation des membranes séreuses, consiste à introduire dans le sac herniaire, au niveau de l'anneau, une poche de baudruche pleine d'air, qui, par sa présence, excite une inflammation adhésive assez forte pour donner naissance à un tissu fibreux capable de boucher hermétiquement l'ouverture de l'anneau. Pour la mettre en pratique, le chirurgien, après avoir soulevé les parois de la poche herniaire, la fait glisser entre ses doigts pour s'assurer qu'elle est parfaitement vide, et fait, au lieu le plus déclive de cette poche, avec une lancette, une ponction qui pénètre dans son intérieur. A travers cette petite ouverture, dont on écarte les bords avec des crochets mousses, on introduit dans le sac une canule métallique; un aide glisse alors dans la canule un stylet, la pointe en avant; dès que cette pointe est arrivée à l'extrémité de la canule, on lui fait traverser de dedans en dehors le sac et les téguments. Aussitôt qu'elle fait une saillie suffisante, l'opérateur la saisit avec les doigts, et tandis qu'il retire la canule de sa main droite, de la gauche il amène au dehors le stylet, jusqu'à ce que le collet métallique de la poche de baudruche apparaisse au-dessus du niveau de la peau. On saisit ce collet avec une pince; on dévisse le stylet, et on le remplace par une sonde à insufflation. Quand celle-ci est bien ajustée, on ouvre son robinet, et, par une légère pression exercée sur la poche de baudruche extérieure, on fait passer l'air qu'elle contient dans la poche intérieure; puis on ferme le robinet, et on peut enlever la portion du tube la plus extérieure, qui n'est plus d'aucune utilité.

Par tous ces moyens, on est arrivé à placer dans le sac herniaire, au niveau de l'anneau, une poche de baudruche pleine d'air; on exerce une pression méthodique, afin que le sac s'applique dessus exactement, et que la hernie demeure réduite. Vingt-quatre heures après l'opération, on ouvre à différents intervalles le robinet, et l'on favorise la sortie de l'air que renferme la poche. Voici, selon l'auteur, ce qui arrive : la poche de baudruche produit par sa présence une exhalation abondante de sérosité; elle s'en imprègne, s'en remplit comme par imbibition; plus tard, cette sérosité se condense et finit par s'organiser en un véritable noyau fibreux qui bouche hermétiquement l'ouverture herniaire, et contracte d'ailleurs de solides adhérences avec les parties voisines. La poche de baudruche paraît elle-même absorbée au bout d'un certain temps. C'est en 1830 que M. Belmas a fait connaître ce procédé. Il donna plus d'extension à ses idées dans un mémoire qu'il mit au jour en 1831, et dans lequel il rapporte quatre observations. Un autre cas a été recueilli depuis, concurremment avec M. Velpeau. Il n'y a eu que deux cas de guérison, dont un avec des accidents fort graves.

La méthode de M. Belmas est donc définitivement jugée et rejetée de la pratique, puisque l'expérience a démontré ses dangers et son insuffisance. Ce résultat, du reste, n'a rien qui doive étonner : qui ne comprend, en effet, que cette poche de baudruche, qu'on introduit dans la cavité du sac, ne doive pas nécessairement amener une organisation de fausse membrane? L'inflammation sera-t-elle toujours assez forte pour amener ce résultat? Dans d'autres cas, se bornera-t-elle au collet du sac? et si elle est trop vive, si elle s'étend au péritoine *abdominal*, quel moyen aurez-vous de l'arrêter, puisque vous ne pouvez plus retirer le corps étranger? Il est d'ailleurs bien loin d'être démontré que la baudruche sera toujours absorbée; il est infiniment probable, au contraire, que presque toujours elle amènera la suppuration. Or, il est inutile de faire sentir les dangers d'une inflammation suppurative dans cette opération.

Le procédé de M. Gerdy consiste à refouler avec le doigt la peau qui recouvre l'anneau inguinal, et à la fixer dans cette position par

un certain nombre de points de suture Ces points de suture doivent embrasser l'anneau fibreux ; pour seconder leur action, et empêcher à la peau de revenir à sa position naturelle, on enflamme avec la pommade ammoniacale le fond du cul-de-sac qu'elle forme par son invagination. L'épiderme se détache ; l'adhésion des parties en contact est la suite de l'inflammation, et la peau formant un bouchon solide, fixé dans le canal inguinal, doit, suivant l'auteur, s'opposer à la sortie des viscères.

M. Gerdy a publié un certain nombre d'observations dans lesquelles le succès a été complet. Je ferai pourtant observer que, d'après la manière dont M. Gerdy place ses points de suture, c'est-à-dire en avant et sur les côtés de l'anneau, les seuls points sur lesquels il puisse agir, la partie inférieure de cet anneau reste toujours libre, et l'intestin a la plus grande facilité pour descendre de nouveau. Les tiraillements que la peau invaginée doit éprouver dans tous les mouvements musculaires, ne tendent-ils pas à la ramener dans sa situation primitive? Il paraît, du reste, que l'opération n'est pas sans danger, ainsi qu'ont pu s'en convaincre tous ceux qui l'ont vu pratiquer par M. Velpeau et par M. Gerdy lui-même. Je terminerai ces courtes réflexions, en disant que nous avons vu, l'été dernier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un malade opéré par cette méthode, et qui se trouvait absolument dans le même état qu'avant l'opération. Seulement on reconnaissait encore les cicatrices produites par les points de suture. La première opération de M. Gerdy est du 12 Mars 1835; et déjà son procédé est généralement discrédité parmi les chirurgiens.

M. Bonnet ne s'est pas laissé intimider par les insuccès de ses devanciers ; il croit avoir été plus heureux qu'eux, et avoir enfin trouvé un moyen simple et facile d'obtenir sinon toujours, au moins le plus souvent et sans danger, la cure radicale des hernies. Il a été conduit à la découverte de sa méthode par l'observation de ce qui se passe dans le traitement des varices. Il n'est peut-être pas sans intérêt de faire remarquer que, dans les varices comme dans les hernies, on a employé successivement la cautérisation, l'incision, l'excision, la ligature. Ces moyens ne réussissaient pas plus dans les

varices que dans les hernies, et les phlegmons, les phlébites partielles ou générales, y firent entièrement renoncer les chirurgiens prudents : de telle sorte que, dans ces derniers temps, ces deux maladies étaient regardées comme incurables. En 1830, M. Davat, d'Aix, fit connaître un nouveau moyen d'obtenir l'oblitération des veines à l'aide d'un point de suture temporaire ; ce moyen a été souvent employé depuis deux ans, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par MM. Bajard et Bonnet, et toujours avec succès.

M. Bonnet a appliqué à la cure des hernies le même moyen que M. Davat a imaginé pour celle des varices. Son procédé consiste à percer le sac herniaire de part en part, au moyen d'un certain nombre d'épingles dont il tord la pointe de manière à ce que la tige métallique ait deux têtes, et qu'une pression modérée rapproche les parties comprises entre elles.

Les objets que nécessite cette opération sont : quatre ou cinq épingles ordinaires, longues d'un pouce et demi; un nombre double de morceaux de liége ayant le volume et la forme de l'extrémité du petit doigt; enfin, une pince à chapelet. Dans le commencement, M. Bonnet se servait d'épingles en argent; mais plus tard il reconnut qu'elles pouvaient facilement être remplacées par des épingles ordinaires, qui n'éprouvent dans le sac aucune altération.

Avant de se servir des épingles, on a soin de faire traverser à chacune d'elles le milieu d'un des morceaux de liége, et de pousser celui-ci jusqu'à la tête de l'épingle, dont il augmente ainsi le volume.

La hernie étant réduite, M. Bonnet saisit la racine des bourses aussi près que possible de l'anneau, et il place le cordon dans le cercle formé par le pouce et l'indicateur gauche. Les extrémités de ces doigts fortement rapprochées, il pique une épingle au-devant de leurs ongles, en arrière des enveloppes de la hernie, et près du ligament suspenseur de la verge; il l'enfonce jusqu'à ce que sa tête appuie sur la peau, et que sa pointe fasse saillie en avant; il passe alors cette pointe dans le centre d'un des morceaux de liége, qu'il pousse assez avant pour que les parties situées entre lui et la tête grossie de l'épingle soient légèrement comprimées. Il termine en fixant celle-ci par la

disposition circulaire qu'il donne à sa pointe avec la pince à chapelet.

La première épingle étant ainsi placée, il porte le cordon entre elle et les extrémités du pouce et de l'indicateur gauche, qu'il rapproche autant que possible l'un de l'autre; il pique, en suivant l'extrémité de ces doigts, une deuxième épingle, parallèle à la première, située de six à sept lignes plus en dehors, et fixée ensuite avec les mêmes précautions. Le cordon tout entier se trouve placé entre la première et la deuxième épingle, si la pression des viscères herniés n'en a point isolé les diverses parties. Mais si les nerfs et les vaisseaux qui le composent sont séparés, quelques-uns peuvent ne point être compris dans l'intervalle des deux premières épingles : il les place alors entre la deuxième et la troisième, qu'il pique aussi de six à sept lignes en dehors de celle qui la précède. Lorsque la hernie est volumineuse et l'anneau très-large, M. Bonnet met un second rang d'épingles.

Quel est le nombre d'épingles qu'il convient d'employer? On ne saurait, je crois, résoudre cette question d'une manière générale. Il est évident qu'on devra en employer un nombre plus ou moins grand, suivant une foule de circonstances, la grosseur de la tumeur, la dilatation de l'anneau, etc. Une seule fois, M. Bonnet s'est contenté de trois épingles; dans les autres cas, il en a mis quatre, cinq et même six.

Les choses disposées ainsi que nous l'avons dit précédemment, il faut attendre que l'inflammation se développe : c'est ce qui arrive généralement vers le quatrième ou le cinquième jour. Cette inflammation devient rapidement assez vive ; il se fait un épanchement considérable de lymphe, qui donne naissance à une tumeur volumineuse, chaude, douloureuse. La pression des têtes d'épingles finit même par ulcérer la peau , surtout en arrière des bourses, où elle est mince. M. Bonnet attend toujours, pour retirer les épingles, que cette ulcération ait eu lieu, c'est-à-dire du huitième au douzième jour. Toutefois, il est loin de regarder cette précaution comme absolument nécessaire au succès de l'opération. Pour enlever les épingles, il suffit de couper la pointe recourbée avec des tenailles incisives; et alors il est extrêmement facile de les retirer du côté opposé. Les épingles une

fois enlevées, le repli formé par la peau au-devant de l'anneau s'efface peu à peu, les ulcérations superficielles se cicatrisent; et trois semaines ou un mois après l'opération, le malade peut tousser et se lever, sans être exposé à voir reparaître la hernie.

La méthode de M. Bonnet me semble de beaucoup préférable à toutes celles que nous avons énumérées : elle est simple, facile à exécuter, exempte de danger; et certes, il en est peu, parmi les autres, dont on puisse faire le même éloge. Qu'elle n'expose pas les jours du malade pour le guérir d'une infirmité incommode, il est vrai, mais cependant supportable; c'est là sans doute la première condition, le *sine quâ non* de toute méthode pour obtenir la cure radicale des hernies. Mais ce n'est pas tout : pour qu'elle soit reçue dans la pratique, il faut encore qu'elle réussisse, sinon dans tous, au moins dans la majorité des cas. Tous les faits que possède M. Bonnet, et ils commencent à être assez nombreux pour pouvoir en tirer des conclusions, démontrent victorieusement que, sous ces deux rapports, son procédé est inattaquable. Nous pensons, du reste, que ce chirurgien ne fera pas long-temps attendre le résultat définitif de ses observations. Aussi nous nous contenterons de reproduire quelques-unes de ses idées, sans attacher à ce travail plus d'importance qu'il ne mérite.

Par le moyen des épingles, on parvient à développer, au collet du sac herniaire, une inflammation adhésive et limitée qui donne naissance à un épanchement de lymphe plastique. Il en résulte bientôt une fausse membrane; cette fausse membrane, se changeant en tissu cellulaire et fibreux, établit une adhésion entre les deux faces du sac qu'on a mises en contact. L'inflammation s'étendant au tissu cellulaire qui unit le sac à l'anneau fibreux, une adhérence solide s'établit entre l'un et l'autre. De plus, le tissu cellulaire résultant de l'organisation de la fausse membrane dans le collet du sac, tendra à rapprocher, par cette contractilité qui lui est propre, les parois du collet du sac, et par suite l'anneau fibreux qui lui est intimement adhérent. Ainsi, nous pouvons nous expliquer, par les lois si bien connues de l'inflammation, les belles guérisons obtenues par M. Bonnet.

On a pourtant fait à la méthode qui nous occupe un assez grand nombre de reproches dont quelques-uns paraissent graves. Sera-t-il toujours facile d'éviter la piqûre des vaisseaux spermatiques, surtout lorsqu'ils auront été éparpillés par la tumeur herniaire ? Si le sac a été réduit, à quoi servira cette suture placée seulement sur les téguments ? Enfin, demande-t-on, alors même que le sac sera resté hors de l'anneau, comme cela arrive le plus souvent, sera-t-il aisé de le pincer avec la peau pour le traverser avec les épingles ? Nous n'avons rappelé la première de ces objections que parce qu'elle a été reproduite souvent dans les journaux de médecine. En effet, en prenant les précautions indiquées dans la description du procédé, il a toujours semblé très-facile à M. Bonnet d'éviter la lésion de ces vaisseaux. Il nous est un peu plus difficile de répondre à la seconde de ces objections. Mais si le sac est rentré avec la hernie, ce serait tout au plus une exception qui n'empêcherait pas l'opération de réussir dans l'immense majorité des cas. Tous les chirurgiens ne savent-ils pas que, si on a vu parfois le sac rentrer dans l'abdomen avec les intestins, ces cas sont infiniment rares ? Il est même des auteurs qui nient qu'il rentre jamais.

Si la hernie est petite, peu ancienne, il pourra se faire que le sac herniaire, roulé sur lui-même, échappe aux doigts de l'opérateur, du moins en partie. C'est même ce qui est arrivé une fois à M. Bonnet : sur quatre épingles qu'il avait employées pour l'opération, deux seulement avaient percé le sac ; les autres avaient passé à côté. Le malade était pourtant sorti guéri de l'hôpital ; mais, trois mois plus tard, il y rentra avec un catarrhe suffocant, et mourut au bout de quelques jours. Sa hernie s'était reproduite en partie, et nous pûmes constater les circonstances indiquées précédemment. Lorsque la hernie est ancienne et volumineuse, les choses se passent bien différemment : rien n'est plus facile alors que de fixer le sac, et de le percer dans tous les points qu'on désire.

M. Matthias Mayor est peut-être encore le seul chirurgien qui ait suivi la voie ouverte par M. Bonnet. Il a même, depuis peu, publié un mémoire sur ce sujet. Mais tout en suivant la méthode

lyonnaise, M. Mayor a singulièrement modifié la théorie et le manuel de l'opération. Il commence par admettre, contrairement à l'opinion de tous les auteurs, que le sac péritonéal est le plus souvent *insaisissable;* qu'il suit les viscères herniés, et glisse dans l'abdomen en même temps que ces derniers, aussitôt qu'on fait rentrer la tumeur. « Mais, dit-il, il n'est nullement nécessaire que la membrane péri- » tonéale soit comprise dans l'acte opératoire, pour assurer le succès » de celui-ci. » Aussi est-il convaincu que M. Bonnet l'a évité avec bonheur et *contre sa volonté*, dans *toutes* les opérations qu'il a heureusement pratiquées. Il a donc réussi...... *quand même!* Certes, je l'avoue, j'ai été grandement surpris de voir un chirurgien du mérite de M. Mayor, soutenir une erreur aussi forte que celle-ci, savoir: que le sac suit les viscères herniés, et glisse toujours avec eux dans l'abdomen. L'autopsie du malade que j'ai cité plus haut a prouvé évidemment à M. Bonnet qu'il avait réussi, non pas parce qu'il avait évité le sac avec bonheur et contre sa volonté, mais bien parce qu'il l'avait toujours atteint. L'oblitération qui s'était manifestée autour des piqûres, la portion du sac qui était restée libre, et par laquelle la hernie s'est reproduite, lui ont démontré d'une manière patente que si le succès n'avait pas été durable dans cette première opération, c'est qu'une portion du sac avait échappé à l'action des épingles. Dans tous les autres cas, où les plus grandes précautions ont été prises pour éviter cette erreur, la guérison a été permanente; et nous avons revu les malades, après un laps de temps assez considérable, aussi bien guéris qu'à leur sortie de l'Hôtel-Dieu.

M. Mayor s'efforce encore de prouver qu'il y aurait non-seulement de la témérité, mais encore de la folie, à traverser le péritoine avec quatre ou cinq épingles. Ce serait, dit-il, méconnaître la gravité des lésions péritonéales. Eh bien! nous appuyant sur des faits, nous ne craignons pas d'avancer qu'il n'y a pas plus de danger à traverser avec des épingles un sac herniaire que des veines variqueuses. L'expérience nous a démontré que, dans ces deux cas, l'opération était absolument exempte de dangers.

Après avoir fait connaître la manière de voir de M. Mayor, je dirai

quelques mots des modifications qu'il a fait subir au procédé de M. Bonnet : ainsi, par exemple, au lieu de se servir d'épingles, c'est un simple fil ciré qu'il emploie; à la place des rondelles de liége, il a choisi un rouleau d'ouate ou de coton; par là il peut obtenir une constriction très-forte, sans trop blesser les téguments protégés par une substance molle et élastique. Je pense que ces modifications au procédé de M. Bonnet doivent être adoptées, puisque les moyens employés par M. Mayor offrent plus de facilité, et arrivent au même résultat.

Je terminerai ce travail en citant quelques observations.

## *PREMIÈRE OBSERVATION.*

Le malade qui en fait le sujet était un homme âgé de 38 ans, d'une forte constitution. Sa hernie inguinale droite avait le volume du poing lorsqu'elle était entièrement sortie; elle datait de trois ans. L'anneau permettait d'introduire assez avant l'extrémité de l'indicateur. L'opération fut pratiquée suivant le procédé que nous avons décrit. On se servit d'épingles d'argent, dont on soutint les têtes avec des morceaux de liége. On plaça quatre épingles séparées les unes des autres de 4 à 5 lignes. Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération, le malade continua à manger comme à l'ordinaire (il était à l'hôpital pour un petit ulcère à la jambe gauche). Le séjour des épingles ne lui fit éprouver aucune douleur; et tout le changement qui se manifesta dans sa santé fut un peu d'insomnie, de la constipation et des érections fréquentes dès le second jour. Au commencement du quatrième jour, le gonflement et la douleur commencèrent à se développer autour des têtes d'épingles. La peau sur laquelle appuyaient leurs têtes devint rouge; les jours suivants, tous ces symptômes locaux augmentèrent, et les douleurs devinrent assez vives pour empêcher le sommeil. La tête inférieure de l'épingle interne ulcérait la peau : on l'enleva le sixième jour; la deuxième fut enlevée le septième; enfin, le dixième, on sortit les deux dernières. Au moment de l'extraction, toutes avaient ulcéré les parties sur les-

quelles elles avaient appuyé; mais ces ulcérations n'étaient profondes qu'en arrière et près des têtes des deux épingles internes.

Les douleurs, qui avaient diminué dès l'extraction de ces dernières, cédèrent complètement le jour où l'extraction fut complète. Le douzième jour après l'opération, le malade, contre toutes les recommandations, voulut faire l'essai des changements survenus dans sa hernie : il se leva sans bandage, et toussa plusieurs fois en explorant l'anneau inguinal. L'adhérence était déjà assez complète pour que rien ne le fît repentir de son imprudence. Voyant alors que toutes les recommandations ne lui empêchaient pas de se lever, M. Bonnet lui fit donner un bandage le seizième jour, et il commença, en le portant, à faire quelques pas. Le vingt-sixième jour après l'opération, il se promena sans bandage. Il sortit un mois après sa guérison : les ulcérations étaient alors cicatrisées; la peau, dont le repli était effacé, adhérait aux parties profondes; un peu d'engorgement existait dans le tissu cellulaire, et il était difficile de reconnaître l'ouverture de l'anneau. Les bourses avaient le même volume de l'un et de l'autre côté. Nous avons revu ce malade plusieurs mois après sa sortie de l'hôpital; sa hernie ne s'était pas reproduite.

## *DEUXIÈME OBSERVATION.*

Le malade qui fait le sujet de cette observation était un menuisier, âgé de 24 ans, d'une forte constitution. Il était venu à l'hôpital pour se faire traiter d'une fracture de la clavicule. Sa hernie inguinale avait au plus le volume d'un œuf de poule; elle ne sortait qu'après quelques efforts, et l'anneau qui lui donnait passage était légèrement dilaté. Le malade avait essayé de la contenir par un bandage; mais celui-ci le gênant plus que sa hernie dans les travaux auxquels il se livrait, il avait fini par n'en plus porter. On le décida sans peine à se laisser opérer : on employa trois épingles ordinaires. Pendant les six premiers jours, il n'y eut d'autre changement que de la constipation, un peu de pesanteur de tête; les urines furent abondantes, et les érections souvent renouvelées pendant la nuit; du reste, le

malade était gai et continuait à manger. Ce ne fut que vers le sixième jour que la douleur commença à se manifester. Elle devint assez vive les jours suivants, et fut accompagnée de gonflement et d'ulcération, surtout en arrière. Toutefois ces phénomènes ne marchèrent qu'avec assez de lenteur : on n'enleva la première épingle que le huitième jour, la deuxième le neuvième, et la dernière le jour suivant. Impatient, comme le malade de la première observation, celui-ci se leva le onzième jour, et sa hernie ne sortit pas. Comme il fut impossible, les jours suivants, de le retenir au lit, on lui donna un bandage; il sortit de l'hôpital le vingtième jour après l'opération. La toux et la marche ne reproduisaient pas la hernie. L'on ne pouvait pas reconnaître distinctement l'ouverture de l'anneau.

## *TROISIÈME OBSERVATION.*

Un enfant, âgé de 10 ans, portait, depuis l'âge de trois mois, une tumeur herniaire qui avait graduellement augmenté de volume, au point de descendre près du genou lorsqu'il avait fait un long exercice. Cette tumeur rentrait avec facilité; mais elle était si difficile à contenir, qu'elle échappait à l'action de tous les bandages que l'on avait essayés. L'ouverture par laquelle elle s'échappait permettait l'introduction de trois doigts réunis; elle se dirigeait directement dans l'abdomen. Sa longueur n'était guère plus de quatre ou cinq lignes, et l'on pouvait, sans effort, accrocher avec le doigt la paroi abdominale. Le testicule était plus petit que celui du côté opposé. M. Bonnet chercha à reconnaître quelle était sa situation par rapport aux viscères herniés. Mais comme il était impossible de le distinguer dans la masse volumineuse que formaient ceux-ci, il ne put déterminer sa place avec précision.

Ce malade fut opéré comme les précédents, avec cette différence, toutefois, que le cordon fut porté à la partie externe de l'anneau, et que M. Bonnet prit quelques précautions pour ne pas manquer le sac, à côté duquel il avait passé dans d'autres circonstances. Ainsi, la première épingle qu'il piqua, fut celle qui devait traverser le centre

de la tumeur ; et celle-ci étant fixée, il ne piqua les autres qu'après avoir bien tendu les enveloppes placées sur les côtés. Il espérait par là éviter cette agglomération du sac, qui, replié sur lui-même, fuit au-devant des doigts, et échappe ainsi à l'action des épingles. Du reste, chez ce malade, ces précautions n'étaient point indispensables. Le volume du sac était trop grand pour qu'il ne fût pas traversé par les épingles. On en plaça six : quatre sur une première rangée, au-devant de l'anneau, et deux autres un peu plus bas et un peu plus en avant. Le cordon était placé entre l'épingle externe et celle qui la suivait immédiatement.

Pendant les deux premiers jours qui suivirent l'opération, le petit malade éprouva des douleurs assez vives; il dormit peu, mais sans perdre complètement l'appétit. Du troisième au septième jour, il ne souffrit point, et n'éprouva aucune espèce d'indisposition. Dans la nuit du septième au huitième jour, il fut très-agité, et éprouva des démangeaisons sur tout le corps. Le lendemain, on trouva une éruption urticaire répandue sur la face, le tronc et les membres. Pendant trois jours, de nouvelles plaques se développèrent à mesure que d'autres disparaissaient. Des démangeaisons très-vives fatiguaient singulièrement le malade. Dans la journée du dixième jour, les rougeurs commencèrent à disparaître, et le onzième il n'en existait plus de traces. Cependant, depuis le sixième jour, le sac s'était peu à peu tuméfié en se remplissant de liquide, et le douzième jour il occupait une étendue égale au tiers supérieur de la cuisse. La rougeur ne s'était montrée distinctement autour des épingles que le septième jour; elle avait augmenté graduellement; et le onzième, les têtes de celles qui étaient en dedans de la rangée antérieure commençant à se perdre au milieu du gonflement qui les entourait, M. Bonnet en fit l'extraction. Le lendemain, douzième jour, le gonflement et l'ulcération ayant fait des progrès rapides, il se décida à enlever toutes celles qui restaient. Malheureusement la tête postérieure de celle qui était située le plus en dedans, au voisinage de l'anneau, avait percé complètement la peau, et ne pouvait plus être aperçue. M. Bonnet fit de vains efforts pour la retrouver; il coupa alors l'extrémité anté-

rieure de cette épingle, pensant que peut-être la portion restante s'échapperait d'elle-même. Il attendit deux jours inutilement. Pendant ce temps, le gonflement des bourses et de l'anneau augmenta loin de diminuer; le malade fut agité et eut de la fièvre. Il se décida alors à aller à la recherche du corps étranger, qu'il put sentir avec le petit doigt à travers l'ouverture qu'il avait produite. Il parvint à l'extraire après quelques tentatives. Le jour qui suivit cette extraction, le malade fut encore souffrant et agité; mais, à partir de ce moment, les douleurs et le gonflement allèrent en diminuant; le malade reprit son appétit et ses forces; la tumeur formée par l'épanchement du liquide dans le sac diminua graduellement en prenant une consistance de plus en plus considérable. Elle suivit ses périodes comme le fait une hydrocèle opérée par injection; et, dès le vingt-huitième jour, elle était réduite au volume d'un œuf de poule et d'une grande dureté. On sentait distinctement, au-devant d'elle, le testicule qui n'avait point contracté d'adhérence, et qui était toujours peu volumineux. Les ulcérations produites par la pression des morceaux de liége suppurèrent assez abondamment, surtout en arrière. Les plus antérieures furent cicatrisées le vingt-quatrième jour; les postérieures le furent complètement le trente-deuxième. Même avant cette époque, le vingt-huitième jour, M. Bonnet fit lever et marcher le malade sans bandage. La tumeur n'avait aucune tendance à sortir, lors même qu'il faisait des efforts de toux. Le doigt appliqué sur l'ouverture de l'anneau ne pouvait plus en reconnaître le pourtour; toutes les parties étaient confondues en cette masse homogène que produit l'inflammation. Le trente-quatrième jour, les ulcérations situées en arrière des bourses étaient complètement cicatrisées; et le trente-sixième, le malade quitta Lyon parfaitement guéri. M. Bonnet recommanda de lui faire porter un bandage pendant quelque temps. Ce malade a été opéré au commencement du mois de Novembre 1836. Il est encore, en ce moment, parfaitement guéri, et tout fait espérer que la maladie ne se reproduira pas.

A ces observations j'en pourrais ajouter beaucoup d'autres, puisque M. Bonnet a eu l'extrême obligeance de mettre à ma disposition toutes

celles qu'il possède. Je ne le ferai pas cependant, persuadé que ce serait allonger beaucoup trop cette dissertation. Les faits que j'ai cités m'ont d'ailleurs paru suffisants pour remplir mon but, qui était de donner une idée de l'opération et de ses suites.

FIN.

# FACULTÉ DE MEDECINE
## DE MONTPELLIER.

### PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET, *Président*. Clinique médicale.
LORDAT, *Examinateur*. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND, *Suppléant*. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL, *Examinateur*. Anatomie.
DUGÈS. Path. chir., opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES, *Examinateur*. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicol.
RENÉ. Médecine légale.
N............ Pathologie et Thérapeutique générales.

### PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug.-Pyr. De CANDOLLE.

### AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY, *Examin.*
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD, *Examinat.*

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ, *Suppl.*
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.